



ID de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NAM : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL DE L'USAGER

Veuillez cocher si urgent (Facultatif) Requis avant le : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

En ma qualité de :

Usager  Représentant légal (joindre une preuve de votre titre)  
 Titulaire de l'autorité parentale

Autorise l'établissement :

Centre hospitalier de l'Université de Montréal  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

À communiquer à \_\_\_\_\_

Les renseignements suivants :

Pour les soins ou services se rapportant à la période suivante : \_\_\_\_\_

Mode de transmission :

Courriel : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant légal) AAAA / MM / JJ

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

**\*\* Veuillez noter que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal applique le Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs (c. A-2.1, r.1.1 décret 1856-87). Selon la loi, nous devons vous aviser des frais avant le traitement de la demande. \*\***

**Initiales :** \_\_\_\_\_